

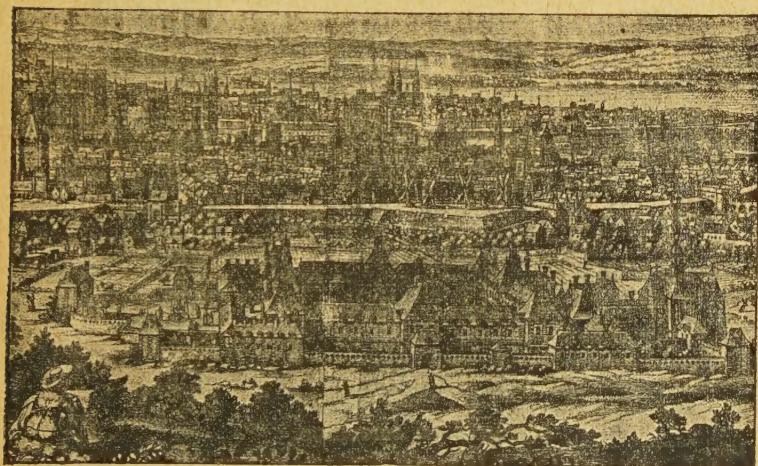
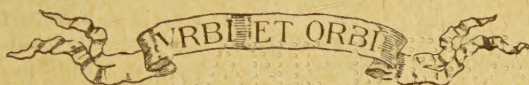
# THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 janvier 1908, à 1 heure*

Par **M. LASAYGUES**

DE

# L'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE DE L'OZÈNE



*L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620*

*Président : M. GAUCHER, professeur.*

*Juges : { MM. ROGER, professeur.  
                  RICHAUD et ZIMMERN, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

**A. MICHALON**

**26, Rue Monsieur-le-Prince, 26**

1908

36721

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |                 |                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                 |                 | M. LANDOUZY     |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                           |                 | MM.             |
| Anatomie. . . . .                                                      |                 | NICOLAS.        |
| Physiologie . . . . .                                                  |                 | Ch. RICHET.     |
| Physique médicale. . . . .                                             |                 | GARIEL.         |
| Chimie organique et chimie générale. . . . .                           |                 | GAUTIER.        |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  |                 | BLANCHARD.      |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         |                 | BOUCHARD.       |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | }               | DEJERINE.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      |                 | BRISSAUD.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        |                 | LANNELONGUE     |
| Histologie. . . . .                                                    |                 | PIERRE MARIE.   |
| Opérations et appareils . . . . .                                      |                 | PRENANT.        |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             |                 | QUENU.          |
| Thérapeutique . . . . .                                                |                 | POUCHET.        |
| Hygiène . . . . .                                                      |                 | GILBERT         |
| Médecine légale. . . . .                                               |                 | CHANTEMESSE     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    |                 | THOINOT.        |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          |                 | G. BALLET       |
| Clinique médicale. . . . .                                             | }               | ROGER.          |
| Maladies des enfants . . . . .                                         |                 | HAYEM.          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . |                 | DIEULAFOY       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               |                 | DEBOVE.         |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |                 | LANDOUZY.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | }               | HUTINEL.        |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      |                 | JOFFROY.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     |                 | GAUCHER.        |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     | }               | RAYMOND.        |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       |                 | LE DENTU.       |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                              |                 | BERGER.         |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                       |                 | RECLUS.         |
|                                                                        |                 | SEGOND.         |
|                                                                        |                 | De LAPERSONNE   |
|                                                                        |                 | ALBARRAN.       |
|                                                                        |                 | PINARD.         |
|                                                                        |                 | BAR.            |
|                                                                        |                 | POZZI.          |
|                                                                        |                 | KIRMISSON.      |
|                                                                        |                 | A. ROBIN.       |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                            |                 |                 |
| MM.                                                                    |                 |                 |
| AUVRAY                                                                 | CUNEO           | LAUNOIS         |
| BALTHAZARD                                                             | DEMELIN         | LEGÈNE          |
| BRANCA                                                                 | DESGREZ         | LEGRY           |
| BEZANÇON (FERN.)                                                       | DUVAL (PIERRE)  | LENORMANT       |
| BRINDEAU                                                               | GOSSET          | LOEPER          |
| BROCA (ANDRÉ)                                                          | GOUGET          | MACAIGNE        |
| BRUMPT                                                                 | JEANNIN         | MAILLARD        |
| CARNOT                                                                 | JEANSELME       | MARION          |
| CASTAIGNE                                                              | JOUSSET (ANDRÉ) | MORESTIN        |
| CLAUDE                                                                 | LABBE (MARGEL)  | MULON           |
| COUVELAIRE                                                             | LANGLOIS        | NICLOUX         |
|                                                                        |                 | NOBECOURT       |
|                                                                        |                 | OMBREDANNE      |
|                                                                        |                 | POTOCKI         |
|                                                                        |                 | PROUST          |
|                                                                        |                 | RENON           |
|                                                                        |                 | RICHAUD         |
|                                                                        |                 | RIEFFEL (che    |
|                                                                        |                 | des trav. anat. |
|                                                                        |                 | SICARD          |
|                                                                        |                 | ZIMMERN         |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage d'inaltérable affection et  
de reconnaissance sans bornes.*

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse nous sommes heureux de pouvoir témoigner notre reconnaissance à nos maîtres de Toulouse et de Paris ; nous conservons en particulier un excellent souvenir de notre stage dans le service de M. le professeur GAUCHER, dont nous avons pu, tout en bénéficiant de ses savantes leçons, apprécier la grande bonté. Nous ne saurions oublier que nous lui devons l'idée première de ce travail et le prions d'accepter l'expression de nos vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse.

Que M. le D<sup>r</sup> BLOCH, dont les avis nous ont été si précieux et à qui nous sommes redevable d'une belle observation, veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde gratitude.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA40153314\\_0095](https://archive.org/details/IA40153314_0095)

## INTRODUCTION

Nombreux sont les travaux, nombreuses les recherches qui ont essayé d'élucider l'étiologie de l'ozène ; les théories les plus diverses ont été soutenues sans apporter, semble-t-il, un bien grand éclaircissement à cette question d'origine si controversée.

La littérature médicale de chaque pays fournit un nombre important d'études employées à en expliquer la nature et à en indiquer les moyens thérapeutiques. Anciens et modernes y apportèrent leur contribution, différente dans la conception et dans le but.

On s'est beaucoup préoccupé des dispositions anatomiques favorables à son développement, la flore microbienne que l'on a trouvée chez les malades a été étudiée avec le plus grand soin, sans qu'une doctrine univoque définitivement établie ait été le fruit de tant d'efforts, sans que la thérapeutique trop sou

vent inefficace que l'on dirige contre cette affection tenace en ait grandement bénéficié.

Il nous a paru cependant qu'indépendamment du germe lui-même, il était intéressant d'examiner et de bien connaître le terrain sur lequel il s'implante.

On a beaucoup parlé d'ozène scrofuleux, rachitique, à une époque où la scrofule tenait bon rang parmi les maladies diathésiques, l'hérédité syphilitique étant peu ou pas connue, aujourd'hui encore la scrofulotuberculose est mise en cause, trop souvent bien à tort, croyons-nous; aussi, notre intention serait-elle de rappeler que, maladie essentiellement dystrophique, la syphilis, dans ses manifestations héréditaires, pourrait réclamer à bon droit sa place dans la pathogénie de l'ozène vrai, essentiel, cependant que de jour en jour mieux connue, l'hérédité spécifique apparaît toujours plus redoutable dans ses nombreux méfaits.

## DEFINITION

Primitivement, le mot ozène (du grec ὀζειν sentir mauvais) ne servit à désigner qu'un symptôme appartenant en réalité, on le sait aujourd'hui, à diverses affections du nez ; il était pris dans cette acception qui le faisait désigner par les vieux auteurs sous le vocable de : *fætor narium* (Gallien), c'est-à-dire « mauvaise odeur » que le nez exhale dans la respiration. Cette odeur spéciale était comparée à celle d'une punaise écrasée, d'où le nom de punaisie donné parfois à la maladie et celui de punais par lequel on désignait ceux qui en étaient atteints. Pour nous, rejetant cette acception ancienne, nous ne comprendrons sous cette dénomination que l'entité pathologique encore désignée sous le nom de « rhinite atrophiante fétide ».

Nous disons fétide parce que pour certains auteurs la rhinite atrophiante pourrait exister sans ozène et ces trois termes à leur avis ne devraient pas servir à désigner un seul et même processus morbide. Cependant la majorité opine dans le sens opposé : « Pour notre part, dit Moure (1), nous ne comprenons pas l'ozène vrai sans atrophie de la muqueuse, des tissus sous-jacents, atrophie plus ou moins prononcée et avec laquelle les symptômes présentés par le malade ont une corrélation intime. »

De plus c'est une rhinite atrophiante sans ulcérations et sans nécroses. La syphilis héréditaire ou acquise réalise bien ce que l'on a appelé le pseudo-ozène. M. Castex l'a parfaitement décrit, mais la constatation de lésions destructives, nécrosantes, qui constituent en quelque sorte la signature de la syphilis tertiaire suffit à elle seule à faire porter le diagnostic de pseudo-ozène syphilitique et non d'ozène vrai. Il n'en est pas moins vrai que l'ozène type a été constaté chez des individus issus de parents syphilitiques, porteurs de tares de syphilis héréditaires et il semble bien, comme nous le verrons avec plus de détails dans la suite, qu'on puisse en inférer une relation de cause à effet et ne pas considérer l'existence simultanée des deux affections comme toute fortuite.

1. *Trad. du Traité de Mackensie, 1884.*

**Symptomatologie. — Anatomie pathologique.**

Morell-Mackensie décrit l'extérieur des malades comme particulièrement remarquable. « L'apparence de leur visage, dit-il, et la forme de leur nez frappe tout d'abord. » Ils offrent, d'après Moure, les signes extérieurs de la scrofule, ils ont ce qu'on est convenu d'appeler : le facies strumeux, lèvres épaisses, joues bouffies. Les os propres du nez au lieu de former une sorte d'arête comme à l'état normal sont au contraire enfoncés au-dessous du frontal et la saillie habituelle de la naissance du nez est remplacée par une dépression plus ou moins prononcée ; de telle sorte que bien souvent l'orifice des narines au lieu de regarder directement en bas, se dirige un peu plus en avant, la pointe du nez étant fortement relevée ; en un mot les malades ont ce que Zaufall appelle avec juste raison le « nez en forme de selle ». Nous soulignons à dessein cette description du facies que présente le malade en la rapprochant de ce que Fournier a écrit à propos des stigmates de l'hérédo-syphilis. Il nous montre la dystrophie hérédo-syphilitique atteignant les os en pleine activité de développement et imprimant à ce développement une direction vicieuse, produisant des déformations permanentes et incurables. Ces dystrophies portent sur les os du

crâne et du nez surtout, le crâne est particulièrement affecté. Tantôt la déformation porte sur l'ensemble du front, sur les deux dimensions : c'est le front olympien, front proéminent en masse ; ou encore le front « en carène » caractérisé par une saillie plus ou moins accusée qui suit le trajet de la suture médio-frontale. Parrot nous a donné la description du crâne natiforme avec les bosses pariétales proéminentes, séparées par une gouttière antéro-postérieure. Les déformations du front s'accompagnent de déformations de la face ; en première ligne, dit Fournier, ce sont les déformations nasales : « Dans les cas les plus usuels, dit-il, la base du nez est élargie en même temps que déprimée ; c'est-à-dire que le dos du nez, immédiatement au-dessous de l'épine du frontal, se présente non pas convexe, mais plat et épaté. Supposez que sur un buste de terre glaise encore fraîche, on vienne à aplatir la base du nez en l'écrasant avec la pulpe du pouce, et vous aurez une idée exacte de ce que j'essaie de vous décrire. Bref le nez, ainsi altéré de forme, est ce qu'on appelle vulgairement le nez camard du bas. » Cette difformité résulte d'un trouble congénital survenu dans le développement des os du nez et non d'une nécrose comme dans la syphilis acquise. L'asymétrie de la face se rattache à des perturbations de même nature.

A l'examen des fosses nasales antérieures, l'observateur est frappé de la grandeur des cavités et de la

petitesse des cornets, et en fait dans les cas anciens, la cavité nasale est assez considérable pour qu'on puisse voir, les ailes du nez étant simplement écartées à l'aide du spéculum, non seulement la paroi postérieure du pharynx, mais encore l'orifice de la trompe d'Eustache: on aperçoit adhérentes à la cloison, aux cornets, des croûtes jaunâtres ou brunes de mucus concrété. Ces masses sont noires, brunes ou verdâtres, leur couleur dépendant du temps pendant lequel elles ont séjournées dans les fosses nasales et aussi des circonstances accidentelles ; elles peuvent être colorées par exemple par des particules de charbon, par de légères épitaxis. Ces masses peuvent se former près de la voûte des fosses nasales, sur les cornets, ainsi que dans la cavité naso-pharyngienne.

Lorsqu'on essaye de les détacher on remarque qu'elles adhèrent parfois à la surface d'ulcérations superficielles, mais l'ulcération est une complication accidentelle qui n'accompagne pas nécessairement la maladie. La muqueuse une fois nettoyée apparaît d'abord congestionnée mais si on l'examine vingt minutes après, la membrane bien que gonflée est ordinairement pâle. Quant au synonyme de punaisie par lequel on désigne l'ozène on peut dire qu'il n'existe aucune analogie entre l'odeur de l'insecte écrasé et celle qu'exhale le malade. Sans entrer dans de grands détails, on peut affirmer que toute per-

sonne qui a une fois senti l'odeur de l'ozène la reconnaîtra toujours.

En définitive l'ozène se compose de deux éléments : 1° anatomique, l'atrophie de la muqueuse des cornets ; 2° clinique, l'odeur fétide et la formation des croûtes. D'après Sautmann, en l'état actuel de nos connaissances le diagnostic d'ozène atrophiant sans atrophie ne pourrait que difficilement se soutenir. Le degré d'atrophie est différent suivant le cas ; elle commence en général par le cornet inférieur, quelquefois l'atrophie de l'os l'emporte sur celle de la muqueuse qui pend alors au bord libre du cornet comme une membrane flasque. Ainsi, dit Lermoyez, le nez offre le type de l'atrophie : « Béance et largeur des fosses nasales, toute l'architecture de l'intérieur du nez ne se constituant que par deux bourrelets latéraux marquant les cornets. L'ulcère perforant de la cloison n'existe pour ainsi dire jamais. »

Quant à la part que les sinus de la face prennent au processus on peut dire que l'ozène est une affection primitivement nasale qui se propage secondairement aux sinus, et quand a lieu cette propagation le traitement nasal est évidemment insuffisant. Le passage du pus déversé par les sinus est susceptible de propager des lésions à type hypertrophique et non atrophique.

Hajek, autrefois partisan de la théorie de l'ulcéra-

tion siégeant dans les sinus, a reconnu depuis son erreur qu'il explique par la grande difficulté qu'il y a à diagnostiquer des lésions profondes et mal connues.

En somme les modifications anatomiques présentent un caractère cirrhotique ; les recherches de Zuckerkandl ont démontré que non seulement les tissus mous, mais encore la partie osseuse des cornets devient plus mince, la muqueuse se resserre, devient ridée, le tissu érectile disparaît, la muqueuse de revêtement mince, pâle, luisante a plutôt l'aspect d'une membrane séreuse que d'une muqueuse.

Cette cirrhose de la pituitaire à point de départ probablement épithélial, amène en effet par une dystrophie ischémique secondaire la résorption du tissu osseux, déformant le nez sans qu'à aucun moment on puisse constater — fait caractéristique — ni point ulcéré de la muqueuse, ni zone nécrosée du squelette.

Indépendamment de ces signes objectifs, la céphalée frontale, les douleurs sus-orbitaires, la sécheresse de la gorge, la gêne de la déglutition sont tout autant de symptômes subjectifs qu'accuse souvent le malade. Il a perdu l'odorat (anosmie), ce qui explique qu'il n'ait pas connaissance de l'odeur qu'il répand. Cette odeur nauséabonde, douceâtre, différente de celle qui accompagne les rhinites ulcéreuses est excessivement pénétrante ; imputable à la stagna-

tion des croûtes, puisque leur ablation la fait disparaître momentanément.

**Diagnostic.** — Les ulcérations nasales qu'il faut distinguer soigneusement afin d'arriver à un diagnostic précis, ne seraient toujours pas aperçues facilement, c'est la base de la théorie de Tissier. — Il existe des écoulements fétides dans le cancer du nez, dans la tuberculose des fosses nasales, le lupus de la membrane de Schneider, mais ces maladies sont heureusement fort rares, comparativement à la fréquence de la syphilis nasale. Si l'ablation de polypes a été suivie parfois d'une exhalation fétide, c'est parce que toutes les précautions antiseptiques n'ont pas été prises. Les corps étrangers ont pu parfois en imposer pour de l'ozène, le cas que rapporte Tillaux (1) est notamment remarquable : il s'agissait d'un noyau de cerise introduit dans les fosses nasales qui avait donné naissance à une odeur semblable à celle de l'ozène, odeur qui disparut après l'ablation du noyau. Dans beaucoup de ces cas du reste l'odeur est beaucoup plus fade, beaucoup moins repoussante et il convient de faire état pour rétablir le diagnostic de la persistance de la sécrétion à peu près constante de la muqueuse, élément précieux de diagnostic.

**Historique.** — En jetant un coup d'œil sur les théories auxquelles l'origine et la pathogénie de l'ozène

1. *Bull. soc. chir.*, 26 février 1876.

ont donné naissance, nous voyons que dès la plus haute antiquité on connaissait l'ozène, ou du moins le symptôme primordial qui le caractérise. C'est ainsi que Gallien le rangeait parmi les affections ulcéreuses causées par des « *Umori acri et putrescibili* ». Du même avis étaient Hippocrate et plus tard Morgagni qui l'appelaient : « *Saniun ozenarum*. » Ce fut ensuite une confusion générale dans la littérature médicale, la punaisie étant considérée à la fois comme entité étiologique et pathogénique, les auteurs pour se comprendre joignirent au mot ozène les divers qualificatifs de vénérien, strumeux, carcinomateux, etc. ; en précisant ses caractères anatomiques on fit de l'ulcère le processus anatomo-pathologique de cette affection. Il resta même la seule conception des plus grands savants du début du xix<sup>e</sup> siècle : Frank, Boyer, Lagneau, Cazenave. Johannes Crato (1610) fut le seul qui, au commencement du xvii<sup>e</sup> siècle, devança la doctrine moderne en assignant comme cause à l'ozène « la putrescibilité du catarrhe de la muqueuse ». Trousseau, tout en se refusant à donner de l'ozène une théorie quelconque, en décrivit les particularités cliniques avec une clarté habituelle. En 1866, Otto Weber fit observer que l'ozène n'avait que la valeur d'un symptôme. Depuis, la rhinoscopie aidant le concept anatomopathologique se précisa, le perfectionnement des méthodes et les moyens d'investigation mis en usage ont engagé les auteurs à se préoccuper plus activement

des maladies du nez ; d'innombrables monographies ont été publiées depuis cette époque parmi lesquelles nous citerons les travaux de Zaùfall, Schrotter, Tillot, Frankel, Gottstein, Størk, Martin, Krause, Masseï, etc. (1).

Théories anatomiques, histo-chimiques et microbiennes, tels sont les trois titres principaux sous la rubrique desquels on peut ranger les opinions qui se sont manifestées au sujet de l'étiologie de l'ozène.

La théorie dont Zaùfall s'est fait le défenseur incrimine l'élargissement des fosses nasales, le ralentissement du courant d'air qui en résulte favorisant ainsi le dessèchement et la stagnation des croûtes. Pour lui la déformation du nez serait primitive, congénitale. Cette atrophie des cornets s'accentuerait à l'âge de la puberté, mais cette manière de voir ne peut se concilier avec le fait que l'ozène existe chez de jeunes enfants bien avant que le nez n'ait atteint son complet développement.

L'atrophie des os, on l'a reconnu depuis, est secondaire à celle de la muqueuse, elle en est la conséquence naturelle. Que le ralentissement du courant d'air résultant de l'élargissement des fosses nasales favorise le dessèchement de la muqueuse, on ne saurait je crois y contredire. A ne considérer notamment que les résultats thérapeutiques obtenus par

1. Cf. GROSSEPOF.

certain praticiens par la reconstitution des cornets au moyen d'injections de paraffine, on en serait vite persuadé. Mais ce n'est pas là le fait primitif, l'atrophie des cornets n'est que le corollaire de celle de la muqueuse.

Frankel et Krause admettent que l'odeur est due à la dégénérescence graisseuse des cellules de la muqueuse, les globules graisseux devenant ensuite acides.

Massei fait intervenir une altération probable des produits de sécrétion, altération due à des changements dans la constitution chimique de la mucine.

Volkman remarque la transformation de l'épithélium normal ou épithélium pavimenteux et établit un rapprochement entre cette transformation dans l'ozène et la transformation épithéliale analogue au niveau du vagin, des aisselles, des pieds dans le cas de sécrétion fétide de ces organes. Michel a voulu voir l'origine de la maladie dans l'inflammation suppurée chronique des cavités attenantes aux fosses nasales : cellules ethmoïdales et sphénoïdales, sinus maxillaires. Depuis les autopsies ont démontré la fausseté de cette conception, il est vraisemblable, ainsi que le dit Larmoyez, que l'ozène se propage secondairement aux sinus, étant donné les rapports de contiguïté et même de continuité qui existent entre ces cavités.

Lautmann ne trouve pas suffisants les arguments

de la théorie microbienne, l'action des microbes si elle est indéniable doit être renforcée par des altérations trophiques de la membrane de Schneider, qui seraient elles-mêmes sous la dépendance de troubles nerveux. En d'autres termes l'ozène serait avant tout une trapho-névrose.

C'est en 1884 que Læwenberg, au Congrès de Bâle, fit l'exposé de sa théorie microbienne, il croyait en la spécificité de son microbe, diplocoque, dont les détails caractéristiques ont été longuement décrits en maintes circonstances. Mais bien que le professeur Cornil ait réussi à reproduire la fétidité, jusqu'à présent les essais d'inoculations tentés chez les animaux sont restés sans résultats.

Les recherches de Marano dans le laboratoire de Massei en 1890 aboutissent également à la découverte d'un nouveau bacille, le rhino-bacille dont l'ensemencement sur gélose reproduisait l'odeur caractéristique de la punaisie. Il faut encore enregistrer les recherches d'Abel, Perez, etc. On crut découvrir même un bacille analogue à celui de la diphtérie, et des tentatives plutôt malheureuses d'injections de sérum anti diphtérique furent pratiquées. Bref chaque microorganisme nouveau est dit la cause de l'ozène.

Malgré tout la théorie microbienne se heurte parfois

#### 1. Thèse de PECK.

à un scepticisme assez marqué. Elle n'a pas répondu, disent ses adversaires, aux exigences d'une saine critique, aucun des éléments microbiens trouvés n'a pu reproduire l'affection dans toutes ses modalités.

Quoi qu'il en soit les lésions constatées au niveau de la membrane de Schneider sont nettement établies, on ne peut mettre en doute également la présence de nombreux microbes plus ou moins spécifiques. La présence de ces bacilles n'est pas surprenante si l'on songe que le mucus nasal à l'état normal est doué de propriétés bactéricides puissantes, propriétés renforcées par l'action de l'épithélium vibratile.

Or dans l'affection présente la fonction de l'épithélium est annihilée par suite de sa transformation ; il en est de même pour l'action du mucus vicié dans sa constitution chimique et qui ne sert plus que de milieu de culture aux nombreux bacilles dont l'influence nocive n'est plus entravée. Au reste, malgré les recherches bactériologiques qui se poursuivent encore actuellement, malgré tous les résultats jusqu'ici obtenus, le problème étiologique, dit Masseï restera irrésolu tant qu'on n'aura pas obtenu de formes pathologiques expérimentales.

Mais il semble bien que le but de ces recherches expérimentales ait quelque peu fait perdre de vue une question intéressante à notre point de vue : celle du terrain sur lequel la graine morbide va germer,

et sur laquelle nous nous proposons d'attirer l'attention.

LA DYSTROPHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE DANS SES RAP-  
PORTS AVEC L'OZÈNE, EN PARTICULIER AVEC L'OZÈNE  
DIT SCROFULEUX.

Il n'est pas douteux que beaucoup d'auteurs aient songé à la syphilis héréditaire envisagée comme cause déterminante de l'ozène. Quelques-uns l'ont systématiquement rejetée. Pour Lautmann la syphilis n'a aucune relation avec l'ozène vrai, mais ses accidents tertiaires sont capables de créer une affection qui peut avoir beaucoup de ressemblance avec l'ozène atrophiant; beaucoup l'ont admise implicitement en faisant remarquer la difficulté qui s'attache à distinguer l'ozène scrofuleux de l'ozène syphilitique.

Nous savions déjà que les lésions hérédo-syphilitiques analogues à celles de la syphilis tertiaire prédisposaient les ozéneux spécifiques à contracter l'ozène vrai. On le croit le plus généralement, étant donné le nombre considérable de malades chez qui, malgré le traitement spécifique le plus rigoureux, le mieux suivi, on a vu persister le signe capital de l'ozène. Mais voici que la scrofule n'entend pas perdre tous ses droits sur l'affection qui nous occupe et que ici encore on revendique pour elle dans bien des

cas une place considérable dans l'étiologie du mal.

Il est, dit Bazénerye(1), un diagnostic difficile: c'est celui de la déformation que la syphilis imprime au nez de ceux qui en sont porteurs, d'avec la déformation analogue imputable à la scrofule-tuberculose. « L'ozène scrofuleux se rencontre souvent chez l'enfant, c'est avec la syphilis héréditaire qu'on pourrait le confondre. » Du domaine de cette entité morbide telle que la comprenaient les anciens auteurs, bien des manifestations purement symptomatiques ont été retranchées, quel'on a replacées dans leur cadre véritable, mieux instruits que l'on est actuellement des choses de la syphilis héréditaire. Cependant l'ozène est encore décrit à tort le plus souvent comme symptôme appartenant à la scrofule, c'est pourquoi il n'est peut-être pas inutile, sans vouloir généraliser la discussion, de faire le départ, en ce qui nous concerne, de ce qui revient à la scrofule et de ce qui revient à la syphilis héréditaire.

Sans donner une formule aussi absolue que celle que Parrot posait autrefois : Rachitisme syphilis, disons tout de suite que l'on est en droit de réclamer comme appartenant en propre à l'hérédité spécifique ce qu'aujourd'hui encore on catalogue sous l'étiquette d'ozène scrofuleux.

Au lieu de dystrophie d'origine scrofuleuse, comme

1. Thèse de B...

le voulait Cozzolino, ne serait-il pas plus logique de parler de dystrophie syphilitique ? Les travaux mémorables de Fournier et, depuis lors, tous ceux de nos syphiligraphes sur la syphilis héréditaire, nous ont appris à distinguer nettement entre les stigmates de l'hérédité spécifique et ceux que l'on englobait sous la dénomination de scrofule, dont le domaine subsiste malgré tout, le professeur Fournier lui-même a eu soin de le proclamer, et d'en bien marquer les limites, mais combien diminué, combien amoindri !

« Si je voulais résumer d'un mot ma pensée, dit Sergent (1), je dirais que la preuve la plus convaincante de l'étroite intimité des rapports de la scrofule et de la syphilis est fournie par le souvenir des luttes qu'il fallut soutenir pour arracher du cadre de la scrofule les manifestations de la syphilis héréditaire tardive. Et voici que se dessine une phase nouvelle qui ne tend rien moins qu'à faire passer dans le cadre neuf de l'hérédo-syphilis les vestiges de l'ancienne scrofule démembrée. »

La syphilis est en effet une affection essentiellement dystrophique ; indépendamment des signes indélébiles dont elle marque l'individu qui en est porteur, elle le met en état d'infériorité évidente de moindre résistance et prépare ainsi le terrain à nom-

1. SERGENT. *Scrofule et syphilis*, p. 179.

bre d'infections qui viendront se surajouter, en leur permettant d'avoir raison d'un milieu qui bien constitué ne leur aurait offert aucune prise.

On a dit que les lésions hérédosyphilitiques qui engendrent l'ozène sont analogues aux lésions tertiaires qui affectent les fosses nasales, cette hérédosyphilis tertiaire, d'après le professeur Gaucher, peut s'observer chez ceux qui ont eu déjà des accidents secondaires, mais elle peut exister d'emblée, c'est-à-dire « que la période secondaire s'étant passée antérieurement dans l'utérus sans laisser de manifestations visibles à la naissance, l'enfant n'a que des lésions tertiaires. » Mais la présence d'ulcérations de gommès doit être, suivant les auteurs, suffisante pour faire rejeter le diagnostic d'ozène vrai, aussi cherchons-nous ailleurs une définition plus satisfaisante qui réponde à ce que nous entendons par manifestations dystrophiques de la syphilis héréditaire. « Ce sont, dit le professeur Gaucher, des malformations congénitales opérées *in utero* sous l'influence de l'hérédosyphilis, malformations produites par les troubles exercés sur la nutrition dans l'évolution de l'être par l'intoxication syphilitique. La syphilis dystrophique, ajoute-t-il, est en quelque sorte une syphilis quinaire, un reliquat d'affections encore plus anciennes, *bien que ces dystrophies puissent être accompagnées de lésions d'origine et de nature syphilitiques.* »

C'est d'après Barasch (1) : « l'infection spécifique des enfants consécutive à la maladie des parents qui peut se manifester soit *in utero*, soit dans la vie extra-utérine, d'une manière précoce ou souvent d'une manière tardive à l'âge de 3, 13, 18, 30 ans et même plus tard. » Mais plus souvent, comme il le dit bien, l'influence héréditaire se manifeste sur la descendance par des symptômes différents de ceux qui ont été présentés par les ascendants, et tous les auteurs sont d'accord pour dire que la syphilis héréditaire offre moins le caractère d'une maladie infectieuse que celui d'un trouble de la nutrition et de cachexie.

Geigel (2) regarde plutôt la syphilis comme un trouble profond constitutionnel débutant avec la vie, et d'un caractère spécifique très faible.

Ainsi donc, les traits caractéristiques marquants de la dystrophie spécifique sont nettement indiqués et cependant de l'exposé qui précède une idée essentielle ressort : c'est que précisément la spécificité des lésions n'est pas apparente, du moins aux yeux d'observateurs dont l'éducation, s'il est permis de s'exprimer ainsi, n'est pas faite.

Cependant la difficulté du diagnostic est parfois assez grande du fait même de l'absence de lésions caractéristiques de la syphilis ; il ne faut pas hésiter

1. Thèse, 1896.

2. GRIGEL. *Deutsche Arch. f. klin. med.*, 1880. Bd. XXV.

dans ces cas, alors même qu'on se trouverait en présence de sujets d'un milieu social élevé, à rechercher attentivement les stigmates de l'hérédité spécifique.

Or nous savons que la syphilis héréditaire porte souvent son action sur les muqueuses de la gorge et du nez, les lésions tertiaires des fosses nasales ont donné lieu à des erreurs fréquentes contre lesquelles Fournier s'est justement élevé dans son ouvrage sur la syphilis héréditaire tardive : syphilides tuberculeuses de la muqueuse des ailes, de la cloison, tuberculides ulcérées du tégument figurant des groupes de lésions ulcéreuses incomplètement recouvertes de croûtes, ont été prises pour de l'eczéma strumeux, indûment inscrites à l'avoir de la scrofule. Ceci demeure un point bien acquis : la scrofule se porte rarement sur la cloison, comparativement à l'hérédosyphilis pour laquelle la région nasale constitue un véritable lieu d'élection.

Nous estimons que la différence que l'on a voulu établir entre l'ozène scrofuleux et l'ozène essentiel n'a pas sa raison d'être étant donné que les tendances actuelles à englober les débris de la scrofule dans l'hérédosyphilis ne font que s'accroître de jour en jour : je crois, dit Sergent, que la scrofule n'a pas d'autre pathogénie. Je la considère comme dérivée de la syphilis et j'ai la conviction que si nous pouvions, dans tous les cas de scrofule que nous obser-

vons, rechercher la syphilis dans le passé des parents nous la trouverions bien souvent, sinon toujours. »

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date cette évolution. Fournier nie la transformation de la syphilis héréditaire en scrofule, mais affirme néanmoins la participation à un degré très élevé de la syphilis à la constitution du terrain scrofuleux, en tant que maladie anémiant, débilitante, détériorant la constitution, ruinant les forces vitales.

Cette opinion que la syphilis des parents constitue une cause débilitante pouvant favoriser le développement de la scrofule chez les enfants, a été présentée d'une façon tout originale par Gallois à propos des infections du rhino-pharynx : « Si on fait de la scrofule, dit-il, non plus une diathèse mais une infection du rhino-pharynx, l'interprétation des cas où la syphilis est ainsi associée à la scrofule est plus facile.

En supposant un cas où la syphilis débute par une gomme du voile du palais, l'infection se propage au rhino-pharynx, constitue une suppuration du cavum et par la trompe d'Eustache gagne la caisse du tympan, se déverse sur les joues, et provoque l'impétigo typique ; d'autre part l'infection suivant le canal nasal a provoqué blépharite, kératite, conjonctivite ; la syphilis en un mot a produit la lésion initiale sur laquelle s'est greffée secondairement l'infection adénoïdienne rhino-pharyngienne qui constitue la scrofule. »

Il conclut en ces termes : « Avec les conceptions anciennes de la scrofule diathèse, il était deux points difficiles à comprendre : c'étaient les relations de la scrofule avec la tuberculose et la syphilis.

La théorie de l'infection rhino-pharyngienne les interprète avec facilité. La syphilis ouvre une brèche par laquelle se fait l'infection scrofuleuse, la brèche une fois ouverte laisse pénétrer avec les bacilles de la suppuration le bacille de Koch. » La simplicité des explications, que fournit cette thèse, semble un excellent argument en faveur de la théorie. Pour si absolue que soit l'opinion de ceux dont nous venons d'envisager la manière de voir, il était nécessaire, même en laissant subsister la scrofule en tant qu'entité définie, de faire une incursion dans son domaine autrefois si étendu et de le réduire à de plus justes proportions. Aussi nous paraît-il raisonnable d'admettre l'ozène vrai au nombre des complications tardives de l'hérédo-syphilis. Et en fait parce qu'on n'aura pas trouvé chez un ozéneux d'antécédents spécifiques, il ne paraît pas qu'on ait le droit de rejeter systématiquement l'hypothèse d'une syphilis comme cause première de la maladie.

Que ce même individu vienne à contracter la syphilis dans la suite, il ne s'en suivra pas davantage que l'on puisse arguer de cette infection nouvelle à seule fin de prouver que l'ozène n'est pas d'origine hérédo-syphilitique. Cette opinion cadre parfaitement

avec les idées modernes sur la syphilis : la preuve de la réinfection syphilitique n'est plus à faire, on l'a démontré récemment dans le service de M. le professeur Gaucher (1).

Conséquence directe de la syphilis, ayant avec elle des rapports médiats ou immédiats, affaire parasiphilitique si l'on veut, il est incontestable que l'on trouve l'ozène au nombre des complications tardives de la syphilis héréditaire. Dans le remarquable tableau que M. Gastou a tracé du coryza syphilitique, l'auteur considère avec juste raison que nombre de dystrophies que les laryngologistes et auristes mettent sur le compte des végétations adénoïdes, que la triadé d'Hutchinson elle-même, ne sont que le reliquat de troubles et complications du coryza spécifique le plus souvent, car, ajoute-t-il, « si la syphilis est en cause, elle n'est pas la seule, un coryza simple tenace pouvant les produire. » Le syndrome adénoïdien grouperait toutes les complications dans lesquelles on tend même à faire entrer l'appendicite. Rhinites hypertrophique, rhinite atrophique, ozène, laryngites chroniques, végétations adénoïdes, il n'est pas douteux que le coryza simple par sa ténacité et son extension conduise à de pareilles complications qui constituent toutes l'infection latente « à laquelle, dit l'auteur, j'ai proposé de donner le nom de scrofule. »

1. Thèse de ROSTAINE, 1905.

On a fait entrer également en ligne de compte la gonococcie dans l'origine de l'ozène : les conjonctivites, les rhinites purulentes gonococciques des nouveau-nés ne sont pas chose rare, et cependant nous ne saurions leur accorder dans l'étiologie de l'ozène le droit de priorité que nous revendiquons en faveur de la syphilis.

Nous ferons remarquer que la date d'apparition de l'ozène peut être très voisine de la naissance, c'est ainsi que M. Rivière l'a rencontré chez le nourrisson dans 10 0/0 au total des ozéneux. Il cite le cas d'une fillette de huit mois dont il obtint la guérison au bout de deux ans.

Bosworth soutient également que l'ozène est attribuable aux rhinites suppurées de l'enfance. Von Zandt est d'avis que la rhinite atrophique se manifeste presque toujours dans l'enfance, il croit qu'en dehors de l'infection microbienne il existe un certain degré d'intoxication.

## OBSERVATIONS

### Observation I

(Due à l'obligeance de M. le Dr BLOCH.)

B... E..., 17 ans, jeune fille ouvrière.

Mère pas de fausses couches, a deux enfants bien portants.

Père mort tuberculeux il y a douze ans.

La malade présente un nez en lorgnette avec ozène type.

Aucun commémoratif de syphilis.

### Observation II

(Prise dans le service de M. GAUCHER.)

L... M..., fillette de 11 ans.

Ozène typique, aucune dystrophie appréciable sur l'enfant qui est bien constituée ; date de début il y a deux ans, précision impossible.

La mère a une première grossesse interrompue par une fausse couche de trois mois et demi.

Deuxième grossesse: fille en question.

Troisième grossesse: enfant venu avant terme, vivant actuellement.

Quatrième et cinquième grossesses: deux fausses couches.

Sa mère porte à la région frontale droite une cicatrice d'ostéo-périostite gommeuse qu'elle aurait eue à l'âge de quatorze ans; cet abcès, dit-elle, a bien duré huit mois. Cicatrice arrondie, déprimée, blanche, entourée de pigmentations.

Le traitement anti-syphilitique chez l'enfant n'a donné aucun résultat.

### Observation III

(Prise dans le service de M. GAUCHER.)

*Hérédo-syphilis. — Dystrophies. — Ozène nasal.*

N... Marcel, 13 ans 1/2.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère bien portante, deux fausses couches. Père a contracté la maladie aux colonies. Un frère, deux sœurs bien portants, front olympien, dents mal plantées.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Chétif, souvent souffrant.

Actuellement: retard général de développement, petite taille (1 m. 31). Front olympien. Dystrophie nasale très accentuée; nez en pied de marmite, à base très déprimée.

Aplatissement général du visage.

Dents incisives médianes ont un axe un peu divergent en bas et en dehors et le bord libre de l'incisive droite présente une petite échancrure à concavité inférieure.

Les dents présentent une tendance à la forme globuleuse.  
Pas de voûte palatine en ogive.

Odeur ozéneuse et atrophie complète des cornets.

Oreilles décollées avec tendance à la forme en conque.  
Pas de surdité.

Pas de traces d'iritis, mais l'œil droit présente la cicatrice d'une iridectomie ancienne, faite à la suite d'un traumatisme.

Testicules petits, mais de consistance normale.

Cicatrices sans caractère nettement spécifique de la cuisse droite, face antérieure.

Quelques fissures à la lèvre supérieure (cicatrices typiques de syphilis infantile).

Placards d'eczéma sec dans les deux creux poplités qui sont occupés par une nappe rouge non suintante, à contours assez nets à droite. A gauche les contours sont moins nets et il existe à la périphérie quelques vésicules. A la partie supéro-interne des deux cuisses des placards analogues qui se prolongent dans les plis inguinaux. Tout le pourtour de la verge et du scrotum est couvert de placards rouges finement squameux. Le malade se plaint de démangeaisons surtout diurnes.

Croûte d'impétigo près de la commissure labiale droite.

Ozène type avec atrophie de tous les cornets, croûtes et odeur caractéristique. La paroi postérieure du pharynx présente un peu d'atrophie, les cordes vocales qu'on voit très

bien présentent chacune deux ou trois petites nodosités qui appartiennent à l'hérédo-syphilis du larynx.

Ce sont des cordes vocales noueuses.

Cette dernière observation nous paraît être le type de ce que l'on peut observer dans un cas d'hérédo-syphilis bien caractérisé.

Toutes les malformations relevées sur la face, sur les dents, sur le nez, sur le larynx. (L'examen rhinoscopique et laryngoscopiques, ayant été pratiqué par M. Castex) concourent à mettre en relief le caractère spécifique de l'ozène coexistant.

Si peu nombreuses que soient les observations où il est permis de considérer l'ozène comme une conséquence directe de l'hérédo-syphilis, l'origine de l'affection dans ces cas ne semble pas douteuse.

Il faut reconnaître cependant que dans beaucoup de cas l'ozène procède le plus généralement du coryza syphilitique.

∴

Ce qui semble prouver dans une certaine mesure la filiation du coryza syphilitique et de l'ozène, c'est la non-spécificité des lésions, qui restent dans le coryza microbiennes, non syphilitiques ; l'infection locale prime la spécificité, la lésion est tout, la maladie presque rien.

Macroscopiquement on constate que la muqueuse dans le coryza est recouverte de croûtes fibrino-hémorragiques, molles, dans la partie supérieure sur l'orifice des fosses nasales, adhérentes dans tous les points. Après l'abrasion des croûtes la muqueuse présente deux aspects : d'abord rouge et tuméfiée, vernissée, saillante, obstruant les cavités nasales, la tuméfaction diminue dans la période d'état, la rougeur persiste avec la même intensité et au-dessous des croûtes apparaissent les ulcérations saignantes. Dans les parties profondes et dans la partie postérieure du pharynx les mucosités remplaçant les croûtes, des ulcérations font place à la tuméfaction nodulaire et granuleuse. Dans les cas de longue durée on a signalé l'atrophie de la muqueuse, la destruction des cartilages.

Microscopiquement, lorsqu'il s'agit de coryza léger, les phénomènes de congestion et de desquamation catarrhale priment toutes les autres lésions.

Dans les cas de coryza intense : l'épithélium est abrasé, le tissu lymphoïde très développé de la muqueuse est en contact avec l'exsudat fibrino-cellulaire.

Les altérations polymicrobiennes et streptococciques de la muqueuse vont être la cause, le point de départ d'une série d'altérations organiques qui vont expliquer les complications nombreuses et graves du coryza syphilitique.

Par cet aperçu les modifications profondes que subissent les parties constituantes des fosses nasales,

il est aisé de voir avec quelle facilité l'ozène peut se greffer sur pareil milieu de culture. De telle sorte qu'il est légitime de penser qu'une prophylaxie bien dirigée constitue le meilleur traitement à diriger contre cette triste affection.

Les efforts tentés dans cette voie ont été suivis de succès. « C'est en soignant les enfants morveux, dit Lermoyez, que l'on a chance de faire disparaître cette triste infirmité. » Affection locale sans gravité intrinsèque, on conçoit cependant que les troubles digestifs entretenus par la déglutition des sécrétions infectes venues des fosses nasales, que la toxémie résultant de l'apport aux poumons, d'un air fétide, que surtout la dépression morale causée par les entraves que la punaisie met à la vie sociale puissent amener de sérieuses perturbations dans l'état général.

Affection très rebelle, l'ozène peut cependant être annulé à peu près, du moins en ce qui concerne le symptôme le plus pénible, la fétidité de l'haleine, pourvu que le traitement prescrit soit rigoureusement suivi, il consiste en irrigations ou pulvérisations détersives, désinfectantes, aidées du tampon de Gottstein qui provoque une certaine irritation de la muqueuse et empêche la dessiccation du mucus. Ceci sans préjudice d'un traitement général qui devra être poursuivi parallèlement au traitement local, la guérison du malade ne peut que marcher de pair avec le relèvement de l'état général, son amélioration.



## CONCLUSIONS

1° L'ozène essentiel est considéré comme une entité définie, à causes indéterminées : microbiennes pour les uns, nerveuses pour les autres.

2° Dans l'appréciation de ces causes, il est essentiel toutefois de considérer que le germe, quel qu'il soit, devra, pour se développer, rencontrer un terrain propice qui constitue à lui un seul facteur important dans l'étiologie de l'affection.

3° Il apparaît nettement désormais que l'ozène dit scrofuleux doive bien rentrer dans le cadre de la syphilis héréditaire.

Étant donné d'une part le caractère éminemment dystrophique à l'hérédo-syphilis, d'autre part la fréquence du coryza syphilitique et les modifications profondes qu'il imprime aux parties constitutives des

fosses nasales, il est de toute importance comme mesure prophylactique, seule vraiment efficace, de traiter énergiquement les rhinites infectieuses de l'enfance, en particulier le coryza syphilitique.

---

Vu : le Président de la thèse  
**GAUCHER**

Vu : le Doyen,  
**LANDOUZY**

Vu et permis d'imprimer :  
le Vice-recteur de l'Académie de Paris  
**LIARD**

## BIBLIOGRAPHIE

- A. FOURNIER. — Syphilis héréditaire, 1886.
- ROBINEAU. — *Thèse de Paris*, 1900.
- BAZENERYE. — Syphilis acquise du nez. *Thèse*, 1893.
- BARASCH. — *Thèse* de 1896.
- LAUTMANN. — Ozène atrophiant. *Thèse*, 1896.
- OQUENDO. — *Thèse*, 1896.
- E. FOURNIER. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis.
- CASTEX. — Oto-rhino-laryngologie.
- Quelques cas de syphilis nasale. *Bull. de laryngol.*, 31 août 1905.
  - De l'ozène syphilitique. *France médicale*. Paris, 1892.
- GUILPIN. — *Th. Paris*, 1892.
- COMBY. — Le rachitisme.
- Rachitisme et syphilis. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887-1888.
- LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies du nez.
- *Annales des maladies du larynx*, juillet 1901.
- MARANO. — Sur la nature de l'ozène. *Arch. de laryngologie*, 1890.

LOEWENBERG. — De la nature et du traitement de l'ozène.  
Paris, 1884.

FOURNIER. — *Annales des maladies du larynx*, 1881.

ESCAT. — A propos du trait. de l'ozène par les injections de  
paraffine. *Arch. de méd. de Toulouse*, 1905.

HUTINEL. — *Journal de méd.* Paris, 1905.

GAUGHER. — *Bulletin médical*. Paris, 1904.

— *Archives de médecine et chirurgie spéciales*. Paris,  
1904.

— *Journal de médecine interne*. Paris, 1905.

— *Des mal. cut. et syphilitiques*. Paris, 1905.

MORELL-MACKENSIE. — Traité pratique des mal. du nez.

TISSIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1896.

SERGEANT. — Syphilis et scrofule. Paris, 1907.

GASTOU. — Coryza syphilitique. *Revue d'hygiène et médecine infantile*, t. III, n° 3, 1904.

GALLOIS. — *Bull. médical*, 8 avril 1905.

ALEXANDER. — *Arch. de laryngol.*, 1903.

RIVIÈRE. — *Lyon médical*.

SCHAEFFER. — *Monatschrift für ohrenheilkunde* de 1881, note 1.

GROSKOPF. — De l'ozène, 1905.